



Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Servizio di Psicologia Medica
Università degli Studi di Verona

Corso di Psicologia Clinica

Psicopatologia dell'età evolutiva e dell'anziano

Dott.ssa Lidia Del Piccolo

DMSP-PSY



PROGRAMMA

1. Il colloquio in età evolutiva
2. Principali disturbi psicologici in età evolutiva
3. Problemi psicologici dell'anziano
4. La demenza di Alzheimer



Il colloquio in età evolutiva



Attenzione a:

intero contesto di crescita in cui avvengono le relazioni quotidiane del bambino.

livello non verbale: suddivisione delle persone nello spazio, verso chi va il bambino, gestione dei turni verbali, gesti e mimica dei partecipanti, clima affettivo.

livello verbale: quantità formale del discorso, contenuto manifesto, contrasti nello stile e nella logica.

- In **presenza dei genitori**, il bambino di solito tace mentre essi raccontano il sintomo, la sua storia e talvolta evocano il bambino immaginario.
- Attenzione a **come il bambino si introduce nel discorso dei genitori**.
- Il bambino deve essere **sempre informato** di ciò che viene riferito ai genitori
- Posizione assunta dal clinico rispetto al bambino e alla famiglia



Psicopatologia in età evolutiva

Studio dei disturbi dell'infanzia, inquadrandoli nel contesto del normale sviluppo.

- **Disturbi esternalizzanti** (aggressività, impulsività, iperattività, ribellione)
- **Disturbi internalizzanti** (depressione, ansia, isolamento sociale)

1. **Psicopatologia delle condotte di addormentamento e del sonno**
2. **Psicopatologia della sfera oroalimentare**
3. **Psicopatologia delle condotte motorie**
4. **Disturbi del comportamento**
5. **Disturbi della comunicazione**
6. **Ritardo mentale**
7. **Disturbi di apprendimento**
8. **Disturbi d'ansia e depressione**

Psicopatologia del sonno



Insomnia comune: spesso conseguenza di modalità inopportune di gestione (rigidità, eccessi alimentari, cattivo isolamento acustico)

Insomnia precoce severa: fenomeno raro. Spesso associato a antecedenti patologici (psicosi). Difficoltà a regredire abbandonandosi al sonno. Indice molto spesso di difficoltà relazionali madre-bambino. Spesso associato a stati depressivi, angosce e nevrosi della madre.

Insomnia agitata

Insomnia calma



Psicopatologia delle condotte di addormentamento

Difficoltà di addormentamento del bambino fanno parte dello sviluppo normale di ogni bambino, soprattutto fra i 2 e i 5-6 anni.

Fase di conquista motoria. Difficoltà ad accettare la regressione dell'addormentamento.

Ruolo dei genitori nel regolare questa "area transizionale" permettendo al bambino di ristabilire il suo sentimento di onnipotenza e di crescere nelle sue capacità di tollerare la regressione e l'abbandono impliciti nel sonno.

Rituali sono frequenti tra i 3 e i 5-6 anni.

Fobia dell'andare a letto.

Vera insonnia rara. Spostamenti del ritmo nictemerale dell'adolescente



Psicopatologia della sfera oroalimentare



- **Anoressia semplice**: alterazione reattiva e passeggera (svezzamento, malattia, cambiamento del quadro di vita)
- **Anoressia persistente**: il comportamento anoressico persiste. Il bambino mostra disinteresse o opposizione al cibo.
- **Obesità**
 - primaria** (I anno di vita)
 - secondaria** (10-13 anni)

Sotto gli atteggiamenti di prestanza, forza e vigore si scopre abbastanza spesso un vissuto depressivo (vuoto, acuto senso di vulnerabilità, il mondo esterno è vissuto come pericoloso). Obesità ha la doppia funzione di proteggere dall'ambiente e garantire l'integrità dell'IO.

Disturbi delle capacità motorie



Realizzazione gestuale implica:

- Integrità vie motorie (piramidali, extrapiramidali, cerebellari)
- Integrazione schema corporeo statico e dinamico
- Integrazione relazionale-affettiva con l'ambiente

Disprassia. Difficoltà nella coordinazione motoria dovuta a perturbazione dello schema corporeo e della rappresentazione spazio-temporale.

Difficoltà a sviluppare abilità nella motricità fine o nella coordinazione del corpo.

Difficoltà ad eseguire azioni coordinate (imitazione ed esecuzione di movimenti complessi) e finalizzate.

Il bambino è scoordinato e impacciato nell'allacciarsi le scarpe, giocare a palla, scrivere. Il disturbo interferisce con l'attività quotidiana del bambino.





Disturbi delle capacità motorie

Disturbi da tic. Esecuzione improvvisa, imperiosa e involontaria di movimenti o vocalizzazioni ripetuti, aritmici e stereotipati. Tic facciali sono i più frequenti (tic respiratori, fonatori, del collo o degli arti superiori). Compaiono per lo più a 6-7 anni.

Malattia di Gilles de la Tourette



Disturbi delle capacità motorie

Instabilità psicomotoria. Frequente nei maschi, in età prescolare (3-4 o 6-7 anni).

Se coinvolge contemporaneamente la difficoltà di controllo dell'attività motoria e il mantenimento dell'attenzione è definito **disturbo di attenzione/iperattività** (ADHD o DDAI). Incapacità di *autoregolazione e pianificazione della propria condotta*.

Necessari:

Coerenza tra scuola e famiglia.

Regolazione delle contingenze (rinforzi positivi e negativi).

Disturbi del comportamento

Disturbo oppositivo provocatorio (DOP)

modalità ricorrente di comportamento provocatorio, negativistico e ostile verso le figure dotate di autorità, tale da compromettere il funzionamento familiare, scolastico e sociale.

Presenta spesso:

- scarsa tolleranza della frustrazione

- risentimento, dubbi su di sé

- sensazione di essere vittima di soprusi e ingiustizie

Spesso in famiglie con pratiche educative incoerenti e rigide caratterizzate dall'alternarsi di *caregiver* differenti



Disturbi del comportamento

Disturbo della condotta (DC) modalità ripetitiva e persistente di comportamento gravemente antisociale (livelli pervasivi di aggressività, avidità, opportunismo, falsità..).
Frequente in adolescenza.

Presenti almeno tre dei seguenti aspetti negli ultimi 12 mesi:

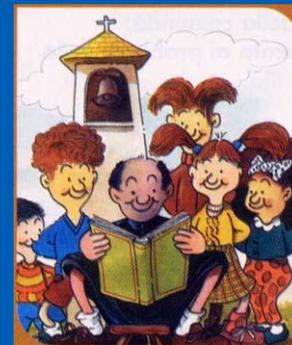
- aggressione a persone o animali
- distruzione di proprietà
- imbroglio o furto
- violazione delle regole sociali

Precede spesso il disturbo antisociale di personalità

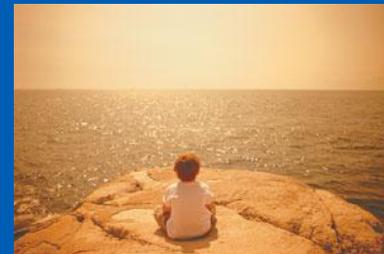


Disturbi della comunicazione

Problemi nell'espressione e/o nella ricezione del linguaggio. Può riguardare diverse dimensioni del linguaggio (**fonologica, morfologico-sintattica, lessicale, pragmatica**). Include la **balbuzie**.



Disturbi generalizzati dello sviluppo



Gravi deficit e compromissione generalizzata di molteplici aree dello sviluppo, che includono la compromissione della capacità di interagire e di comunicare con gli altri e la presenza di un comportamento stereotipato.

Autismo di Kanner. Precoce. Descritti come indifferenti, privi di attitudine anticipatoria. Assente il dialogo tonico. Mancanza del sorriso (III mese) e della reazione d'angoscia di fronte all'estraneo. A 2-3 anni lo sguardo è vuoto, assente, difficilmente agganciabile o vigile e periferico. Manipolazioni e gesti sono ripetitivi e stereotipati. Distonie e ipotonia generalizzata. Ritualità.

Disturbo di Asperger. Simile all'autismo ma con minor compromissione dello sviluppo dell'autonomia, del linguaggio e della comunicazione.

Disturbo di Rett. Degenerazione di abilità precedentemente acquisite secondaria a encefalopatia. Psicosi della seconda infanzia.





Ritardo mentale

- funzionamento cognitivo significativamente al di sotto della media ($QI < 70$), pervasivo, associato a deficit del funzionamento adattivo.
- Esordio prima dei 18 anni.
- Intervengono fattori biologici e fattori ambientali nel modificare le caratteristiche e la pervasività del ritardo
 - **Ritardo mentale lieve (QI da 55 a 70)** 85% dei $QI < 70$. Grado di autonomia limitato.
 - **Ritardo mentale moderato (QI da 40 a 54)** 10% dei $QI < 70$. Spesso associato a danno cerebrale o alterazioni genetiche. Dipende dai familiari o è istituzionalizzato.
 - **Ritardo mentale grave (QI da 25 a 39)** 3-4% dei $QI < 70$. Anomalie fisiche congenite e limitato controllo sensomotorio. Passivi e letargici. Non sono in grado di seguire apprendimenti scolastici.
 - **Ritardo mentale profondo (QI inferiore a 25)** 1-2% dei $QI < 70$



Disturbi specifici dell'apprendimento



- Rendimento scolastico nella lettura (**dislessia**), scrittura (**disgrafia**) o nel calcolo (**discalculia**) inferiore all'atteso per età, livello di istruzione, QI.
- Le difficoltà non sono riferibili a fattori esterni transitori o deficit sensoriali (vista o udito).
- Può conseguire a disturbo specifico del linguaggio, a disturbo della coordinazione motoria, a deficit nell'elaborazione rapida degli stimoli o competenze di tipo metacognitivo.



Disturbi d'ansia



- **Ansia**-> sovrastima della pericolosità di date situazioni e sottostima delle proprie capacità di farvi fronte
- **Disturbo d'ansia generalizzato.** Spesso presenti alti livelli di affettività negativa, ma non bassi livelli di affettività positiva. **Esagerata risposta emotiva e ingiustificata a date situazioni, con conseguente compromissione del funzionamento sociale/scolastico.**
- **Disturbo d'ansia di separazione.** Ansia eccessiva riguardante la separazione da casa o da coloro ai quali il soggetto è affezionato, mostrando grave disagio e difficoltà ad affrontare compiti quotidiani.
- **Disturbo ossessivo compulsivo**
- **Fobia per la scuola.** Che può essere associata o meno a ansia da separazione (famiglia, prestazione scol., relazione con i pari)
- **Fobia sociale**
- **Mutismo selettivo**



Disturbi dell'umore



- **Depressione.** Bassi livelli di affettività positiva e alti livelli di affettività negativa, accompagnata spesso da irritabilità e lamentele fisiche.
- Autosvalutazione .
- Mancanza di curiosità e intraprendenza.
- Disturbi alimentari e del sonno.
- **Disturbo bipolare**

Problemi psicologici nell'anziano

Declino progressivo sul piano fisico, cognitivo, sociale (ruolo familiare, lavorativo). Aumento della vulnerabilità personale.

Deficit cognitivi (memoria, attenzione...)

Deficit sensoriali (vista, udito...)

Alterazioni del carattere

Alterazioni dell'umore (sentimento di perdita)

Rallentamento o agitazione

Compromissione delle attività quotidiane



Demenza

Sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, (invariabilmente la memoria), di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente.

Presenti anche sintomi non cognitivi, che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento.

Il quadro clinico non implica una specifica causa; numerosi processi patologici possono portare ad un quadro di demenza.

Demenze primarie (quadro degenerativo)

Demenze secondarie (a seguito di altre patologie internistiche o neurologiche)





EPIDEMIOLOGIA DEMENZE

Quarta causa di morte negli ultrasessantacinquenni dei paesi occidentali.

La prevalenza della malattia aumenta con l'età, ed è maggiore nel sesso femminile, soprattutto per la malattia di Alzheimer.

Con l'età vi è un aumento quasi esponenziale della prevalenza (1.2% tra i 65 e i 69 anni, 3.5% fra 70 e 74 anni, fino a superare il 20% fra 80 e 84 anni).

La malattia di Alzheimer (AD) è la causa più frequente della demenza (50-60% dei casi).

La prevalenza dell'AD ha un picco intorno ai 90-95 anni, dopodiché si assiste ad una diminuzione. Ciò indica che si tratta di una malattia età-correlata (age related) che ha un picco in età molto avanzata.



Demenza di Alzheimer

Deterioramento irreversibile del tessuto cerebrale associato all'aumento di depositi di amiloide e di ammassi di proteine nelle cellule nervose.

Dal punto di vista sintomatologico l'AD ha generalmente un inizio insidioso ed un decorso cronico-progressivo.

La malattia può essere suddivisa in stadi clinici, anche se esiste una grande variabilità.



Demenza di Alzheimer

Il primo sintomo è generalmente una lieve perdita della memoria, che tende ad essere più marcata per gli eventi recenti e progredisce gradualmente.

Il paziente diviene ripetitivo, tende a perdersi in ambienti nuovi, dimentica gli impegni, può essere disorientato nel tempo.

Con l'avanzare della malattia anche la memoria remota viene persa ed il paziente è incapace persino di riconoscere i propri familiari.

Si manifestano alterazioni delle altre funzioni superiori: il pensiero astratto risulta impoverito, con ridotta capacità di ragionamento logico e concettualizzazione; la capacità di giudizio è diminuita spesso precocemente, cosicché il paziente manifesta un ridotto rendimento lavorativo e può essere incapace di affrontare e risolvere problemi anche semplici relativi ai suoi rapporti interpersonali o familiari.



Demenza di Alzheimer

Si manifestano labilità emotiva e mutamento della personalità.

Spesso vengono esagerati i caratteri premorbosi della personalità, quali atteggiamenti ossessivi o compulsivi, aggressività, paranoia. In altri casi vi è invece un mutamento della personalità, per cui soggetti solitamente controllati e misurati diventano impulsivi, intrattabili ed a volte anche violenti.

In alcuni casi la malattia si manifesta con afasia, aprassia (cioè l'incapacità ad eseguire attività motorie nonostante l'integrità della comprensione e della motricità) e agnosia (l'incapacità a riconoscere o identificare oggetti in assenza di deficit sensoriali).

In questa fase il paziente è generalmente gestito dalla famiglia.



Demenza di Alzheimer

Fase iniziale

- Minimo disorientamento temporale;
- Difficoltà nel ricordare eventi recenti;
- Difficoltà a trovare le parole con relativa conservazione della capacità di comprensione;
- Aprassia costruttiva per disegni tridimensionali;
- Ansia-depressione-negazione della malattia;
- Difficoltà sul lavoro;;
- Assenza di alterazioni motorie.



Demenza di Alzheimer

Fase intermedia:

- Disorientamento spazio-temporale;
- Deficit di memoria di entità moderato-grave interferente con le attività quotidiane;
- Chiaro disturbo del linguaggio
- Aprassia, agnosia, alterazioni comportamentali (deliri, allucinazioni, “wandering” - deambulazione afinalistica, bradicinesia)
- Segni extrapiramidali;
- Necessità di essere stimolato alla cura della propria persona.

Ambiti d'Intervento riabilitativo

- Processi cognitivi;
- Funzioni neurosensoriali;
- Affettività;
- Linguaggio;
- Sonno;
- Alimentazione;
- Funzioni motorie;
- Salute somatica;
- Autonomia personale;
- Relazioni interpersonali.





Memory training

- Si vanno a stimolare le abilità mnesiche più risparmiate (es. la capacità di apprendimento motorio è conservata in soggetti con AD). La memoria procedurale utilizza supporti neuroanatomici diversi dalla memoria dichiarativa
- Memoria procedurale:
 - motoria (copia di un disegno con pantografo),
 - sensoriale (identificazione tattile dei caratteri di stampa)
 - cognitiva (esecuzione di un puzzle).
- Uso di ausili mnesici esterni: diari segnaposto, suonerie. Utile nel migliorare la programmazione delle attività quotidiane (memoria prospettica).



Reminescenza

Stimolare il ricordo di eventi remoti (piacevoli): stimolazione cognitiva sulle capacità mnesiche residue; ridurre l'isolamento; migliorare il tono dell'umore; qualità di vita.

Rimotivazione

Indurre gli anziani a relazionarsi con gli altri, ad affrontare e discutere di argomenti contingenti della realtà circostante (indicata per sintomi depressivi non gravi e deficit cognitivi lievi. Si discute un tema d'attualità con il principale obiettivo di contrastare l'isolamento.

TECNICHE DI STIMOLAZIONE

Terapia occupazionale: recuperare e potenziare le abilità cognitive e funzionali residue, favorire la socializzazione.

Musicoterapia: rilassamento, stimolazione cognitiva attraverso l'impiego di strumenti per la produzione di ritmi e suoni, l'apprendimento di nuove melodie, l'ascolto di brani familiari agli utenti.





AMBIENTE

I PRINCIPALI OBIETTIVI:

- Garantire la sicurezza;
- Compensare le disabilità e i disturbi della memoria e dell'orientamento;
- Evitare stimoli stressanti e ridondanti;
- Migliorare l'atmosfera sociale ed affettiva. Implica l'uso dei rinforzi positivi a fronte di condotte adeguate.
- Rispettare la privacy e le capacità decisionali residue.